

PLANILLA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		



Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
<b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas).		

**Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.**

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>



# NUEVA ESCUELA ARGENTINA 2000

## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

### ANEXO

Apellido y nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Curso y división: \_\_\_\_\_

Obra Social/Medicina Prepaga: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_

**Mi hijo/a se encuentra padeciendo: SI O NO**

Padece o ha padecido en fecha reciente:

	SI	NO
Hernias inguinales, crurales		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Paperas (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Meningitis		
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)		

### AUTORIZACIÓN DEL PADRE / MADRE O TUTOR

El que suscribe, padre, madre o tutor de: \_\_\_\_\_

AUTORIZA a su hijo/a para que:

- Realice actividad física bajo su responsabilidad.
- Sea asistido, en caso de emergencia, por nuestro servicio de emergencias médicas y, en caso de ser necesario, sea derivado y trasladado a la Institución médica que corresponda.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Aclaración de la firma

\_\_\_\_\_  
N° de D.N.I.

\_\_\_\_\_  
Fecha

El alumno/a \_\_\_\_\_ se encuentra en condiciones de realizar actividad física acorde a su edad.

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Personal

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_